

加州醫療補助牙科服務

2018 年福利手冊



衛生保健服務部門  *Denti-Cal*

簡介.....	1
如何聯絡我們	2
語言協助	3
DENTI-CAL 網站.....	3
使用加州醫療補助的牙科服務.....	4
DENTI-CAL 福利.....	4
DENTI-CAL 牙醫師	6
接受牙科護理	8
牙科服務費用	10
交通與其他服務.....	12
投訴程序	14
州聽證程序	19
牙科條款與其他定義	20
您的權利與責任.....	23
我們重視您的隱私	24

簡介

這本小冊子將向您說明您的牙科福利。我們希望您了解本計畫運作方式，以及您可如何獲得牙科護理。請保留這本手冊，以便您之後有疑問時再次查閱。

加州醫療補助牙科計畫 (Denti-Cal)

加州醫療補助提供免費或低成本的衛生保健給合格的加州居民，包括牙科福利。牙科福利透過加州醫療補助提供，也稱為 Denti-Cal。您將必須提供您的加州醫療補助福利身份證 (BIC) 給您的牙科服務提供者，以接受牙科服務。您不必另外申請 Denti-Cal。牙齒健康是整體健康很重要的一環。Denti-Cal 計畫涵蓋許多服務的承保，以維護您的牙齒健康。於以下情況，您可善用 Denti-Cal 福利：

- 讓 Denti-Cal 牙醫師看診，以取得您所需的承保服務
- 定期讓 Denti-Cal 牙醫師看診，即使您的牙齒沒有問題
- 遵循您的 Denti-Cal 牙醫師關於牙齒護理的建議（例如刷牙和用牙線清潔）

若您住在 Sacramento County，您將登記投保 Dental Managed Care (DMC)，且將獲指派一名您的牙科管理式護理計畫網絡內的牙醫師。如果您住在洛杉磯 (Los Angeles) 縣，您可選擇登記投保 DMC 或留在 Denti-Cal。如果您登記投保 DMC，您選擇的計畫將寄給您一張牙科卡片和您的福利資訊。在所有其他縣，您能使用加州醫療補助受益人身份證取得牙科護理，且您可選擇自己的牙醫師，只要該名牙醫師登記在 Denti-Cal 計畫內。

如何使用這本手冊

請仔細閱讀這本受益人手冊的全部內容。其中說明 Denti-Cal 計畫如何運作。這本手冊包含關於以下事項的重要資訊：

- 加州醫療補助承保的牙科服務
- 如何取得牙科護理
- 如何取得其他語言的協助
- 您的權利與責任
- 如何提出投訴
- 關於加州醫療補助牙科服務的其他重要資訊

這本手冊使用您應該得知的某些術語：

Denti-Cal	加州醫療補助牙科按診療收費計畫
您、您的、我的、我、受益人	加州醫療補助牙科福利合格的人士，或其獲授權代表。

我們、我方、我們的	指的是 Denti-Cal
您的牙醫師	您針對牙科護理選擇的 Denti-Cal 牙醫師

請閱讀第 20 頁「牙科條款與其他定義」一節。其中說明許多文字，這些文字在 Denti-Cal 計劃內有特殊或技術性的意義。

如何聯絡我們

電話服務中心

電話服務中心 (TSC) 接線生可為您服務，服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。TSC 於國定假日休息。若您對這本小冊子有任何尚未獲得解答的疑問，請致電聯絡我們：

Denti-Cal 電話服務中心：

1-800-322-6384

聽障專線 (TTY)：

1-800-735-2922

此為免費電話。TSC 人員可為您解答關於牙醫師看診的任何疑問。他們可對以下事項提供您協助：

- 尋找 Denti-Cal 牙醫師或診所
- 一般 Denti-Cal 計劃疑問
- 關於已批准或遭拒絕服務的資訊
- 尋求口譯服務
- 關於承保牙科福利費用分攤與共付額的資訊。安排及重新安排臨床篩檢預約
- 投訴與上訴

我能從 TSC 獲得哪些資訊？

您致電 TSC 時，會接通自動電話答錄系統。您將可從選項功能表中做出選擇。

您可獲得以下事項的一般資訊：

- 承保福利
- 如何申請州聽證會
- 申請牙科記錄的副本

- 通報疑似的加州醫療補助詐欺

您也可以和 TSC 人員討論。

最好在什麼時候打電話給 **Denti-Cal** 電話服務中心？

最好在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間打電話給 Denti-Cal 電話服務中心。

語言協助

如果我希望講英語之外的語言，該怎麼辦？

如果您比較希望講英語之外的語言，請致電 TSC。我們的 TSC 人員可以用英語和西班牙語協助您。如果您講其他語言，請告訴 TSC 人員您講哪種語言，我們會安排可召來提供協助的口譯員。

TSC 人員也可幫助您找到會說您講的語言或其診所人員會說您講的語言的 Denti-Cal 牙醫師。

我在電話中與牙醫師交談時，可以請人為我口譯嗎？

可以。如果您需要口譯員或語言協助，請致電 TSC。他們可協助安排口譯員。

在牙醫師的診所中，可否請人為我口譯？

可以。如果您的牙醫師不會說您講的語言，您有權獲得免費口譯服務，包括手語口譯員。您可致電 TSC，要求安排口譯員以協助解釋牙科術語。包括牙醫師在您就診時講的話、解釋您的護理計劃、或與牙科人員談話。

如果您已抵達約診，且需要有人為您在牙醫師診所提供口譯，您或您的牙醫師可致電 TSC。TSC 會轉接一名代表，其可提供您所說語言的口譯。

Denti-Cal 網站

我該如何找到 **Denti-Cal** 網站？

Denti-Cal 網址：www.denti-cal.ca.gov

Denti-Cal 網站上有哪些資訊？

Denti-Cal 網站上有各種關於加州醫療補助牙科計劃的重要資訊，包括：

- 申請加州醫療補助

- 聯絡資訊
- 牙科資源
- 搜尋牙醫師
- 表格
- 常見問題 (FAQ)
- 其他資訊
- 推廣服務
- 出版品

您也將找到常見問題的答案，以及 TSC 免費電話號碼。

使用加州醫療補助的牙科服務

我該如何查明我能否獲得牙科服務？

成為加州醫療補助合格受益人的大多數人也都能取得牙科服務。您不必另外申請，即可取得牙科服務。您將必須提供 BIC 給牙科服務提供者，以接受牙科服務。如果您有任何疑問，或您想查明您是否符合加州醫療補助牙科計劃福利的資格，請致電 TSC。

Denti-Cal 福利

本節概述加州醫療補助承保的牙科護理。

加州醫療補助計劃提供哪些牙科福利？

以下為 2018 年 1 月 1 日起生效的受益人福利快速參考指南。福利基於扶助代碼與受益人居住地而定。額外的資訊也可在 Denti-Cal 網站找到，網址：www.denti-cal.ca.gov。

✓ 福利 ✗ 非福利				
程序	完整範圍**	限制範圍**	懷孕相關**	居住於設施中 (SNF/ICF)
口腔評估 (未滿 3 歲) *	✓	✗	✗	✓
初始檢查 (3 歲及以上)	✓	✗	✓	✓
定期檢查 (3 歲及以上)	✓	✗	✓	✓
牙病預防	✓	✗	✓	✓
氟化物	✓	✗	✓	✓
修復服務 - 汞齊/復合材料/ 預鑄牙冠	✓	✗	✓	✓
實驗室處理的牙冠 *	✓	✗	✓	✓
刮牙術和根面平整術 *	✓	✗	✓	✓
全口清創術	✗	✗	✗	✓
牙周維護	✓	✗	✓	✓
前牙根管治療	✓	✗	✓	✓
後牙根管治療	✓	✗	✓	✓
局部義齒	✓	✗	✓	✓
全口義齒	✓	✗	✓	✓
拔牙/口腔與頷面手術	✓	✓	✓	✓
急診服務	✓	✓	✓	✓

例外情況：

關於以上福利，可能存有一些例外情況（以 * 這個符號標記）。**請參閱第 20 頁「牙科條款與其他定義」。

您的牙醫師將告訴您哪些服務獲得 Denti-Cal 承保，而哪些不是。您的牙醫師可協助您決定最佳的治療，以及您在加州醫療補助計劃內可享有哪些服務。在您第一次就診期間，請出示您的 BIC 給牙醫師，以便他們可查閱您的牙科福利。

加州醫療補助對於承保牙科服務是否設有在一年當中的支付限制？對於兒童與成人是否有所不同？

對於兒童承保牙科服務，並無年度限制。加州醫療補助計劃對於 21 歲或以上受益人的某些牙科服務限制為每日曆年度每人 \$1,800 元。屬於醫療上必需的牙科服務可能獲准超過 \$1,800 元限制。對於居住於護理設施的 21 歲或以上受益人，並無年度限制。

具有特殊需求的患者是否有額外的福利？

除了某些例外情況，承保的牙科服務均一視同仁。然而，特殊需求患者可能有生理、行為、發育、或情緒方面的狀況，可能限制了牙醫師進行檢查的能力。在這些情況下，若牙醫師決定患者必須接受鎮靜，才能進行牙科治療，則牙醫師將向 Denti-Cal 申請核准。

兒童可享有哪些福利？

如果您或您的孩子未滿 21 歲，依早期定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 計劃，可能符合額外牙科服務的資格。

懷孕婦女享有哪些福利？

如果您懷孕，不論您享有哪種類型的加州醫療補助，只要您符合所有其他針對承保牙科程序的 Denti-Cal 規定，您都可接受所有此類程序。懷孕受益人將有資格接受這些服務直到生產後 60 天。生產後，資格條件持續至第 60 天所在月份的最後一天。

Denti-Cal 牙醫師

您可從任何 Denti-Cal 牙醫師（登記加州醫療補助以提供牙科服務的牙醫師）處取得牙科護理。請致電牙科診所，並詢問他們是否仍接受加州醫療補助，以及是否接受新的患者。請閱讀此節，以了解如何搜尋 Denti-Cal 計劃中的牙醫師。

我該如何搜尋 Denti-Cal 牙醫師？

您可選擇任何 Denti-Cal 牙醫師。您可致電 TSC，獲得搜尋您區域內 Denti-Cal 牙醫師的協助。您也可以在線搜尋 Denti-Cal 牙醫師，請造訪 Denti-Cal 網站：<https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home>。您也可以 Insure Kids Now 網站搜尋牙醫師：<https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html>。

如果我無法找到我的區域內接受 Denti-Cal 的牙醫師，該怎麼辦？

如需協助搜尋您區域內的 Denti-Cal 牙醫師，請致電 TSC。

Denti-Cal 電話服務中心：

1-800-322-6384

聽障專線 (TTY)：

1-800-735-2922

如果我需要向牙科專科醫生求診，該怎麼辦？

您的 Denti-Cal 牙醫師可能將您轉介給其他牙醫師，以接受專門治療。請致電 TSC，取得安排向牙科專科醫生就診的協助。

我可以到診所接受我的牙科服務嗎？

可以。許多診所將為加州醫療補助的患者看診，且提供牙科服務。只要診所獲核准接受加州醫療補助，且提供牙科服務作為其承保服務的一部份，您就可在該診所接受牙科診療。您可致電 TSC，獲得搜尋您所在縣診所的協助，或者您可查閱 Denti-Cal 網站上的各縣的診所列表：<https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Dental Clinics Serving Medi-Cal Beneficiaries/>。

如果我求診的牙醫師不是 Denti-Cal 牙醫師，該怎麼辦？

Denti-Cal 計劃將僅支付登記在 Denti-Cal 計劃內的牙醫師提供給您的服務。如果您求診的牙醫師未登記於 Denti-Cal，您將必須支付您所接受的任何牙科服務。

我可以更換牙醫師嗎？

可以。您可向任何登記在 Denti-Cal 且接受新患者的牙醫師求診。如果您登記投保 DMC 計劃，您也可以申請獲指派另一名牙醫師。

我可以更換我的牙醫師多少次？

更換牙醫師的次數並未設有限制。然而，對於從不同牙醫師取得相同治療（例如洗牙）設有限制。我們建議您選擇有 Denti-Cal 牙醫師的牙科單位。

向同一位牙醫師求診對我有什麼幫助？

向同一位牙醫師求診，接受定期檢查和護理，可在許多方面為您帶來好處：

- 您可獲得下次就診的定期提醒
- 如果您需要的治療是您平常的牙醫師無法提供的，您的牙醫師可協助您搜尋牙科專科醫生
- 您的牙醫師可知道您的病史，且協助及早發現問題，讓您可在惡化前獲得治療

我能在治療途中更換牙醫師嗎？

如果您的牙科服務只獲核准由一名牙醫師提供，且您希望更換牙醫師，您必須來信申請變更。請將此信交給您新的牙醫師，連同該名牙醫師事前授權的申請，寄至 Denti-Cal。Denti-Cal 將簽發新的批准給您新的牙醫師進行任何剩餘服務。

接受牙科護理

我該如何安排 Denti-Cal 牙醫師約診？

請致電牙醫師診所以安排約診。請告訴牙醫師您享有加州醫療補助承保，且向牙醫師確認其為 Denti-Cal 牙醫師。如果您需要預約掛號的協助，請致電 TSC。

我向牙醫師求診時該攜帶什麼？

請攜帶您的 BIC 和相片 ID，例如駕駛執照或州身份證。在諸如收養子女的情況下，如果養父母尚未取得 BIC，社會安全號碼可用於驗證資格。如果您有其他牙科承保，請攜帶該資訊向牙醫師出示。

我應多常向牙醫師求診？

牙齒和牙齦健康是整體健康很重要的一環。您的牙醫師將告訴您應該多常接受定期檢查 - 通常是每隔 6 至 12 個月。作為例行檢查的一部份，您的牙醫師將制定您可能需要的任何治療或追蹤就診的計劃。

如果您有非預期的牙科問題，或在定期就診之間發現問題，請致電牙科診所尋求協助。如果您有口腔傷害或疼痛，請立即致電牙醫師。

我的寶寶應多常看牙醫師？

您的寶寶應在第一顆牙長出來或一歲生日時（以先發生者為準）向牙醫師就診。第一次就診後，您的孩子應每六個月接受牙科檢查，包括檢查和洗牙。您可從 Denti-Cal 網站的 0-3 歲受益人牙科推廣服務手冊中取得更多資訊：https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Flyers_Brochures/。

加州醫療補助支援美國兒科牙醫師協會 (American Association of Pediatric Dentists) 建議的預防性牙科服務時間表，這項服務可提供給大多數兒童。具有特殊衛生保健需求或疾病或創傷的兒童，可能需要不同的服務和／或時程。孩子的牙醫師將決定最適合您孩子的預防服務時間表。

如果我發生緊急情況，該怎麼辦？

在平常看診時間，請致電牙醫師並說明您的問題。如果您無法聯絡上牙醫師，請致電 TSC，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，以獲得接受牙科護理的協助。

如果您需要在看診時間之外的緊急牙科服務，您應遵循牙醫師下班後電話答錄訊息中的指示。如果您無法聯絡上您的牙科診所，或如果您沒有 Denti-Cal 牙醫師，請前往最近的急診室以接受護理。

「醫療必要性」代表什麼意思？

醫療必要性指的是用於決定承保服務根據專業認可執業標準，對於牙齒、牙齦和支持性結構之治療是否有必要且適當的標準。請參閱第 20 頁牙科條款與其他定義，以獲得更多資訊。

如果我想取得第二意見，該怎麼辦？

如果您的牙醫師認為您想接受的牙科程序不符合醫療必要性，您可要求針對您牙科治療的第二意見。請聯絡 TSC，以要求協助搜尋另一名牙醫師。

為何 **Denti-Cal** 要求我前往接受另一名牙醫師的牙科檢查？

您可能收到來自 Denti-Cal 的「牙科檢查約診通知」信，通知您前往牙科檢查約診。請儘可能照做。此約診是代表您進行預約，用於確認您的牙醫師申請的治療是否可獲得授權批准。

此約診將持續約 15 分鐘。篩檢牙醫師將不會提供牙科治療。您不必就此次約診支付任何費用。約診結束後，牙醫師會將報告寄回 Denti-Cal。該報告將用作判定應允許或拒絕服務的工具。

如果您無法如期前往約診，最遲請在約診前兩天致電 TSC。如果您未前往約診，且未通知 Denti-Cal，所申請的服務可能遭拒絕。

請謹記幾項重要提示：

- 請準時前往約診。如果您遲到，約診可能被重新安排時間。
- 如果您的約診與假牙有關，且您的牙醫師已申請新的假牙，請攜帶您目前配戴的假牙前往約診。
- 如果您致電 TSC，請在電話中提及「篩檢編號」，其位於該信函右下角。
- 診所電話號碼也記載於信函中，僅供指引。如有任何其他疑問，請致電 Denti-Cal TSC。

- 篩檢牙醫師將無法討論其建議，或服務將獲核准或拒絕。

如果我需要取消牙醫師約診，該怎麼辦？

如果您無法前往約診，請致電牙醫師診所，至少應提前一天或儘快通知以便取消。牙醫師診所可協助您重新安排約診。

如果我離開加州或出國且需要牙科服務，該怎麼辦？

加州邊境附近有些州有加州醫療補助的牙醫師。您可從這些邊境區域任何加州醫療補助牙醫師處接受承保牙科服務。

事前授權對於所有其他州外服務均屬必要，但緊急服務除外。您可致電 TSC 尋求協助。國外所進行的牙科服務加州醫療補助不予承保，但您必須於加拿大或墨西哥住院的緊急服務除外。

牙科服務費用

我需要為我的牙科護理付費嗎？

包括在加州醫療補助牙科計劃福利範圍中的服務不會對您收費，除非您的加州醫療補助承保範圍設有費用分攤。您可在「我的加州醫療補助」(My Medi-Cal) 小冊子（出版品 68）中查閱您的費用分攤，您可從新的加州醫療補助登記投保資訊包中收到此小冊子。您也可以上網取得這本小冊子：<http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx>

您的牙醫師確認您符合加州醫療補助牙科服務資格後，該名牙醫師只能要求您支付您對於承保服務可能必須支付的任何共付額或費用分攤金額。如果您選擇接受未獲加州醫療補助計劃承保的治療，或您年滿 21 歲或以上且希望接受綜合牙齒矯正治療（畸齒矯正鋼絲架），您的牙醫師可能會針對服務向您收費。

什麼是共付額？

某些加州醫療補助服務設有少許共付額。牙醫師將在您前往約診時收取任何共付額。請參閱以下共付額標準。

加州醫療補助共付額標準		
需支付共付額的服務	共付額	無須付費的例外情況
急診室提供的非緊急服務： 非緊急服務定義為「對於舒緩嚴重疼痛或對於嚴重醫療狀況（若未立即診斷和治療，可能導致殘障或死亡的狀況）之	\$5.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未滿 18 歲或以下的人士。 2. 懷孕期間和分娩後一個月內接受護理的任何女性。

加州醫療補助共付額標準		
需支付共付額的服務	共付額	無須付費的例外情況
立即診斷和治療並非為「必須」的服務。 急診室中提供的此類服務均需共付額。		<ol style="list-style-type: none"> 3. 居住於醫療設施（醫院、專業護理設施、中期照護機構）的人士。 4. 接受 AFDC 撫養照顧的任何兒童。 5. 計劃付款額為 \$10 或以下的任何服務。
門診服務： 內科醫生、驗光、整脊、心理學、語言治療、聽力學、針灸、職能治療、小兒科、手術中心、醫院或診所門診、物理治療和牙科。	\$1.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未滿 18 歲或以下的人士。 2. 懷孕期間和分娩後一個月內接受護理的任何女性。 3. 居住於醫療設施（醫院、專業護理設施、中期照護機構）的人士。 4. 接受 AFDC 撫養照顧的任何兒童 5. 計劃付款額為 \$10 或以下的任何服務。
藥物處方： 每張藥物處方或續配。	\$1.00	所有上列者，加上年滿 65 歲或以上的人士。

如果我前往約診時無法支付共付額，該怎麼辦？

如果您無法在前往約診時支付共付額，加州醫療補助牙醫師不得拒絕為您提供治療。這和費用分攤金額不同。

如果我支付了我不必支付的服務費用，該怎麼辦？

請致電 TSC 以協助處理您的情況。對於根據您的扶助代碼屬於加州醫療補助計劃福利的牙科程序，若您被收取費用或支付了費用，我們可協助您取得退費。

如果我支付了我不必支付的服務費用，該怎麼辦？

請致電 TSC 以協助您處理特定情況。對於根據您的扶助代碼屬於加州醫療補助計劃福利的牙科程序，若您被收取費用或支付了費用，我們可協助您取得退費。

如果我收到牙醫師的帳單，該怎麼辦？

首先，您應致電牙科診所，詢問為何寄發帳單給您。牙科診所將解釋收費，以及為何會要求您支付費用。例如，如果您有費用分攤金額，您將必須支付該金額，之後牙醫師才能向 Denti-Cal 要求支付治療費用。或者，如果您接受未獲得加州醫療補助或其他保險承保的治療，您將必須就該項治療支付牙醫師費用。

如果關於您的牙醫師向您收費和／或加州醫療補助支付範圍，您仍有疑問，請致電 TSC。

如果我有其他牙科保險，該如何做？

您的牙醫師必須先向您的其他牙科保險請款，之後方可要求 Denti-Cal 支付任何治療費用。加州醫療補助牙科計劃不支付任何您可透過其他牙科保險取得的福利，包括其他政府計劃、TRICARE (CHAMPUS) 或勞工賠償。加州醫療補助提供的承保範圍次於所有其他保險。

如果您有其他牙科保險，其不支付 Denti-Cal 承保服務的費用，或支付金額少於 Denti-Cal 所支付者，您的牙醫師將針對所有未支付金額寄送索賠要求至 Denti-Cal。您的牙醫師無法要求您支付獲得 Denti-Cal 承保的任何治療費用。

交通與其他服務

如果我沒有交通工具，我可以如何前往牙醫師診所？

對於加州醫療補助承保的約診，加州醫療補助可為前往接受醫療、精神健康、物質使用、或牙科約診的交通提供協助。這些交通方式可能為非醫療運輸 (NMT) 或非緊急醫療運輸 (NEMT)。如果您必須前往取得處方藥或醫療用品或設備，您也可以使用 NMT。

如果您可搭乘汽車、公車、火車、或計程車，但沒有前往約診的交通接送，我們也能安排 NMT 服務。

- 如果您登記投保加州醫療補助健康計劃，請致電您的計劃，以了解取得 NMT 服務方式的資訊。
- 如果您未登記投保加州醫療補助健康計劃，您可採取以下做法：
 - 致電您所在縣的加州醫療補助辦公室，了解他們能否協助您取得 NMT 交通接送。
 - 自 2018 年 7 月 1 日後，加州醫療保險將提供核准的交通提供者，其可提供 NMT 交通接送。您將必須聯絡核准的提供者，以安排交通接送，或者您可致電醫療或牙科服務提供者，並詢問關於您所在區域的交通提供者。

加州醫療補助根據醫療必要性提供 NEMT 服務給合格的受益人，此為依據您的醫生或牙醫師判定，透過事前授權而提供。

如果您需要特殊的醫療交通工具以前往約診，請告知牙醫師。牙醫師可安排 NEMT，例如可承載輪椅的箱型車、小貨車、救護車或空運交通。如需交通協助，請致電 TSC，或聯絡您的醫生或牙醫師，以協助取得或要求 NEMT，將您從家中接送前往牙科和醫療就診。交通接送僅可用於取得加州醫療補助承保的必要醫療或牙科服務。

約診前，請務必盡快要求安排交通接送。如果您需經常前往約診，您的牙醫師或醫生可申請將來約診的預約交通。

請前往 <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx> 以取得更多關於核准的 NMT 提供者安排交通接送的資訊。

如果我聽力受損或有語言障礙，該怎麼辦？

如果您有聽力或語言的障礙，請打電話給我們，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，請撥打我們的 TTY 專線：1-800-735-2922。其他所有時間內，請撥打美國加州轉介服務的聽障及語障人士專線，電話號碼：711，以取得您所需的協助。美國手語 (ASL) 翻譯服務依法提供。要求協助時，請提供以下資訊：

- 牙科約診的日期
- 約診的開始及結束時間
- 約診類型（例如：「牙科約診、手術約診、諮詢等」）
- 需要 ASL 服務者的姓名，以及其受益人 ID
- 診所地址和電話號碼
- 診所聯絡人名稱

如果我視力有障礙，該怎麼辦？

將為視障人士提供以大號字體列印、加大電腦磁碟 (CD) 格式以及錄音磁帶形式的這本手冊和其他重要的資料。若需取得其他格式，或如需閱讀這本手冊及其他 Denti-Cal 資料方面的協助，請致電 TSC。

如果我的醫療狀況或其他問題讓我難以接受牙科護理，該怎麼辦？

請致電 TSC。TSC 人員可協助您搜尋可治療您的牙醫師。她們也可協助與您的醫療服務提供者協調您的護理（如有必要）。

如果我的身體障礙讓我難以前往接受牙醫師服務，該怎麼辦？

我們竭盡所能確保 Denti-Cal 牙醫師的診所和設施對於身心障礙人士為無障礙空間。如果您無法找到提供無障礙空間的牙醫師，請致電 TSC，我們將協助您。

投訴程序

關於以下各項，Denti-Cal 設有解決投訴的程序：

- 牙科服務
- 護理品質
- 治療授權申請的修改或拒絕
- 依據 Denti-Cal 計劃所提供服務的其他方面

投訴範例：

- 您無法獲得所需的服務、治療或藥物
- 服務因非醫療上必需的而遭拒
- 約診時等待時間過長
- 對所獲服務不滿意、或服務態度粗魯
- 對於承保牙科服務，您在牙醫師診所被收費
- 您的牙科診所持續寄送給您帳單，而您認為您應當沒有必要支付

如果 **Denti-Cal** 拒絕或限制我的牙醫師已要求的服務，該怎麼辦？

如果您的牙醫師提出核准要求的服務遭到拒絕，請聯絡您的牙醫師，然後詢問牙醫師能否申請再次評估。

我該如何了解 **Denti-Cal** 是否已拒絕服務？

如果您的牙科治療遭拒或遭修改，**Denti-Cal** 將寄給您 **Denti-Cal** 行動通知。該通知說明為何提出申請的牙科治療遭拒絕或修改。該通知也提供資訊，說明如果您不同意此行動，您可怎麼做。

如果我要投訴，該怎麼做？我該如何提出正式投訴？

某些投訴可先和您的牙醫師討論問題而快速解決。通常，牙醫師可快速解決您的投訴。如果您不希望先與牙醫師討論，或如果牙醫師無法解決您的投訴，請致電 TSC。**Denti-Cal** 接受電話或書面投訴。

當您致電 TSC 時，請提供您的資訊和所涉及牙醫師的姓名。請說明您的問題，包括所涉及服務和任何行動或不作為。TSC 將竭盡所能在電話中解決問題。如果您的投訴無法透過 TSC 在第一通電話中解決，您將接到追蹤電訪。

Denti-Cal 電話服務中心：

1-800-322-6384

聽障專線 (TTY)：

1-800-735-2922

如果您選擇寄送書面投訴，您可從 Denti-Cal 網站下載受益人加州醫療補助牙科計劃投訴表。填妥後將表格寄回 Denti-Cal，地址如表格上所列印。Denti-Cal 將在接獲表格後五個日曆天內通知您已收到該表格。您也可以致電 TSC，詢問您的表格是否已收到。

受益人加州醫療補助牙科計劃投訴表的範例提供於下一頁。該表格也可從 Denti-Cal 網站受益人網頁上取得：<https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/>。該表格僅提供英文版本。

衛生保健服務部門遵守適用的聯邦公民權利法律，不存在種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別歧視。衛生保健服務部門不因人們的種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙狀況或性別予以排除或以不同方式對待。若要深入了解不歧視政策，請造訪衛生保健服務部門網站：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。



Denti-Cal

California Medi-Cal Dental Program

NAME: _____
ADDRESS 1: _____
ADDRESS 2: _____
CITY: _____ ST: _____ ZIP: _____

DATE: _____

BENEFICIARY MEDI-CAL DENTAL PROGRAM COMPLAINT FORM

Please fill in the form below and describe your questions or complaints completely. This information is important and necessary to research and resolve your questions or complaints.

STATE OF CALIFORNIA MEDI-CAL
BENEFITS IDENTIFICATION CARD NUMBER: _____

TELEPHONE NUMBER: (_____) _____ - _____

MESSAGE TELEPHONE NUMBER: (_____) _____

YOUR REPRESENTATIVE (if not yourself):

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____, STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (_____) _____

YOUR DENTAL PROVIDER'S NAME: _____

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____, STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (_____) _____

P.O. Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384



Denti-Cal

California Medi-Cal Dental Program

BENEFICIARY MEDI-CAL DENTAL PROGRAM COMPLAINT FORM (PAGE 2)

TYPE OF COMPLAINT:

- Dentist service was incomplete or unsatisfactory
- Clinical Screening process was unsatisfactory
- Other
- Comments (Please describe your questions or complaints/ grievances completely here. Use the reverse side of this form or additional pages if you need additional space.)

PLEASE SIGN AND DATE THIS FORM:

It may be necessary to obtain your medical records from your dental care provider. Your signature below authorizes release of your dental records to Denti-Cal.

SIGNATURE _____ DATE _____

Return this form to: Medi-Cal Dental Program
Beneficiary Services Group
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539

When we receive this information, we will research your questions or complaints/grievances and notify you of our findings. If it is necessary for you to appear for a clinical examination in order to resolve this matter, we will notify you in writing of the date, time, and location of this appointment.

P.O. Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384



Denti-Cal

California Medi-Cal Dental Program

Notice from the Department of Managed Health Care

You may file a complaint with the California Department of Managed Health Care after you have completed Delta's grievance process or after you have been involved in Denti-Cal's grievance process for 30 days. You may file a grievance with the Department immediately in an emergency situation that is one involving severe pain and imminent and serious threat to your health.

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your plan at **(1-800-322-6384)** and use your plan's grievance process before contacting the Department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your Health Plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the Department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a Health Plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The Department also has a toll-free telephone number **(1-888-HMO-2219)** and a TDD line **(1-877-688-9891)** for the hearing and speech impaired. The Department's Internet Web site (<http://www.hmohelp.ca.gov>) has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

IMR has limited application to your dental program. You may request IMR only if your dental claim concerns a life-threatening or seriously debilitating condition(s) and is denied or modified because it was deemed an experimental procedure.

B-GRV-FRM-034.A

P.O Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384

我提出投訴後，會怎麼樣？

如果您透過電話提出投訴，且投訴未在電話中解決，您將接到追蹤電訪，以提供進一步協助。如果您的投訴無法在追蹤電訪中解決，我們將協助您下載受益人加州醫療補助牙科計劃投訴表，其位於 Denti-Cal 網站：https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Forms/。我們也可以將此表格寄給您。您填妥並簽署表格後，請寄至 Denti-Cal，地址如表格上所列印。投訴表範例請見第 16-18 頁。

如果您提出書面投訴，Denti-Cal 將在接獲表格後五個日曆天內通知您已收到該表格。書面投訴可能會轉送至 Denti-Cal 牙科顧問，該顧問將判定下一輪的行動。我們可能：

- 聯絡您和／或牙醫師
- 轉介您至接受臨床篩檢的檢查
- 轉介至適任同儕審查機構

Denti-Cal 將在我們收到投訴後 30 天內寄給您一封信，概述該決定的發現與理由。某些情況下，此 30 天期限可能延長。例如，您可能需要額外時間前往臨床篩檢約診。

如果我不喜歡提出投訴時的做法，還有其他選擇嗎？

如果您對於投訴審查程序的決定不滿意，您可申請州聽證會。若要深入了解加州醫療補助州聽證會，請造訪衛生保健服務部門網站：<http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx>。

州聽證程序

如果您的牙醫師申請的治療已經遭拒或修改，或您對於遭拒服務的投訴解決狀況不滿意，您可透過加州社會服務部 (CDSS) 申請州聽證會。您所在縣的當地社會服務部可協助您提出此要求。您可在您當地電話簿上、您所在縣的網站、或使用[加州醫療補助行動應用程式](#)查詢電話號碼。

您可在州聽證會上代表您自己，或由朋友、律師、或任何其他可以代表您的人士作為代表。如果您希望其他人代表您，您應負責進行該安排。若要取得免費法律協助，請致電 CDSS 公眾諮詢回應科，電話 1-800-952-5253。此單位也可協助提供關於州聽證程序的一般資訊。

申請州聽證會將不會影響您接受牙科服務的資格，且您將不會因為申請聽證會而受到懲罰。我們會在整個投訴程序期間保密。

我應該何時申請州聽證會？

如果您不同意您所收到的 Denti-Cal 行動通知，您應先與您的牙醫師討論其他治療計劃，以獲得 Denti-Cal 計劃所承保的最佳護理。如果您和您的牙醫師同意其他治療計劃不適合，您在接獲該通知後 90 天內可申請州聽證會。

我該如何展開此程序？

您可撥打免費電話號碼 1-800-952-5253 展開此程序。您可寄送整份 Denti-Cal 行動通知或寄信至：

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243 MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

如果您致電或來函申請州聽證會，請務必附加文件管制編號 (DCN)，其列於 Denti-Cal 行動通知上。DCN 可用於辨識遭拒服務的治療授權申請，可幫助加快您的申請處理程序。

牙科條款與其他定義

Denti-Cal 計劃中使用的字詞有許多具有特定意義或技術涵義。因此，某些牙科術語可能不常聽到。我們希望您覺得以下定義有所助益。如有任何疑問，請致電 TSC，與我們的代表討論。

扶助代碼：描述您享有的加州醫療補助承保範圍類型。

上訴：要求 Denti-Cal 審查所提供治療之遭拒服務的正式申請。上訴可由您的牙醫師、您本人或授權代表提出。

授權：請參閱事前授權。

受益人：可享有加州醫療補助福利的合格人士。

受益人身份證 (BIC)：由衛生保健服務部門提供給受益人的身份證。BIC 列出受益人編號與其他重要資訊。

福利：由 Denti-Cal 牙醫師提供的醫療上必需的牙科服務，其可透過加州醫療補助牙科計劃提供。

臨床篩檢：由牙醫師進行檢查，提供關於其他 Denti-Cal 牙醫師所提議或提供治療的適切性意見。Denti-Cal 計劃可能在某些情況下要求臨床篩檢。

投訴：口頭或書面陳述不滿，包括任何爭議、要求再議、或受益人或牙醫師代表受益人所提出的上訴。通常，投訴提出的原因在於提供服務的環境或人員的狀況。

共付額：由受益人支付的小額牙醫看診費。

承保服務：屬於 Denti-Cal 計劃福利的牙科程序。Denti-Cal 僅支付由 Denti-Cal 牙醫師所提供屬於 Denti-Cal 計劃福利之醫療上必需的服務。未滿 21 歲的兒童符合更多承保服務的資格，例如畸齒矯正鋼絲架（如果是醫療上必需的）。

牙科專科醫生：提供專科護理的牙醫師，例如牙髓病科、口腔外科、兒童牙科、牙周病科、和牙齒矯正科（畸齒矯正鋼絲架）。

Denti-Cal：加州醫療補助牙科按診療收費計劃。

Denti-Cal 牙醫師：已獲核准提供承保服務給加州醫療補助受益人的牙醫師。

早期定期篩檢、診斷和治療計劃 (EPSDT)：提供兒童衛生保健的聯邦計劃，透過定期篩檢、診斷和治療服務進行。牙科護理包含於 EPSDT 計劃中。

資格：指的是接受加州醫療補助福利的要求。

緊急牙科狀況：若無立即醫療可能合理預期導致患者健康受損害、導致嚴重疼痛或損害功能的牙科狀況。

牙髓病學家：只提供牙髓和牙根疾病與傷害治療的牙科專科醫生。

早期定期篩檢、診斷和治療：未滿 21 歲加州醫療補助受益人的福利，針對矯正或改善缺陷與生理及精神疾病和狀況屬於必要。

完整範圍的加州醫療補助：完整範圍的加州醫療補助提供衛生保健服務給低收入人士。登記投保加州醫療補助的所有兒童、領養兒童與前領養兒童（最多 26 歲）、懷孕女性和視障與身心障礙人士享有完整範圍保障。

身份證：指的是能證明身份的東西，例如駕駛執照。

限制：指的是允許的服務次數、允許的服務類型、和／或最能負擔的牙科適當服務。

醫療上必需的：對於治療牙齒、牙齦與支持性結構屬於必要且適當的承保服務，且 (a) 根據專業認可執業標準提供；(b) 由主治牙醫師判定為符合該牙科病症；及 (c) 考慮到潛在風險、益處與其他替代選擇的承保服務後，屬最適當的類型、用品和服務層級。

其他健康承保範圍／其他健康保險：您可從任何私人牙科計劃、任何保險計劃、任何其他州或聯邦牙科護理計劃、或其他合約或法律權利取得之牙科相關服務的承保範圍。

口腔外科醫生：只提供口腔、下巴和臉部疾病、傷害、畸形、缺陷與外觀診斷及手術治療的牙科專科醫生。

牙齒矯正醫師：只提供針對咬合或咀嚼中的上下牙齒咬合問題預防及治療的牙科專科醫生。

兒科牙醫師：只提供兒童（從出生至青少年）主要與全面預防及治療的牙科專科醫生。

牙周病醫生：只提供牙齦和牙齒周圍組織疾病治療的牙科專科醫生。

懷孕相關：懷孕相關服務在產前與產後提供，從醫療確定懷孕當日起至懷孕結束後第 60 天當月最後一天為止。不論您的扶助代碼和／或福利範圍，只要符合所有其他程序要求與標準，您都有資格接受所有承保的牙科程序。

事前授權：牙醫師在進行服務之前要求核准服務。牙醫師會從 Denti-Cal 收到核准服務的授權通知 (NOA)。

鑲牙醫師：只提供以假牙、齒橋或其他替代物補上缺牙的牙科專科醫生。

服務提供者：登記在加州醫療補助計劃，提供衛生保健和／或牙科服務給加州醫療補助受益人的個別牙醫師、替代性醫療之註冊牙科衛生師 (RDHAP)、牙科團體、牙科學校或牙科診所。

限制範圍：僅限急診服務。

費用分攤：在加州醫療補助開始支付之前，您每個月就醫療或牙科必須支付或承諾支付的金額。

要求：指的是您必須做的事或者必須遵守的規定。

責任：指的是您應該要做或預期您要做的事。

州聽證會：州聽證會是法律程序，允許受益人要求任何遭拒絕或修改的治療授權申請進行再次評估。也允許受益人或牙醫師申請費用報銷案例的再次評估。

治療授權申請：由 Denti-Cal 牙醫師在治療可展開之前，提交尋求核准特定承保服務的申請。治療授權申請在某些服務和特殊情況下屬於必要。

您的權利與責任

我在加州醫療補助計劃中的權利與責任有哪些？

若您申請加州醫療補助，您將獲得權利與責任列表。其中包括要求通報地址、收入的變更或某人是否懷孕或生產。您可以在以下網站找到最新的權利與責任列表：

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx>。您也可以找到衛生保健部門的不歧視政策：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

您有權：

- 受到尊重和尊敬
- 獲得您有資格接受的加州醫療補助計劃牙科服務福利，由您選擇的登記牙醫師提供
- 在合理的時間範圍內獲得醫療約診
- 參與討論與決定您的牙科護理需求，包括適當或醫療上必需的治療選項
- 您的牙科治療記錄得以保密。係指未經您的書面授權或未經法律許可，我們不會披露您的牙科治療資訊
- 請告訴我們關於 Denti-Cal 或關於您所接受牙科服務的顧慮
- 取得關於 Denti-Cal、可用服務與牙醫師的資訊
- 查看您的牙科治療記錄
- 免費要求口譯人員協助
- 請並非您家屬或朋友的人士提供口譯服務
- 如果您的語言需求沒有得到滿足，可提出投訴

您的責任如下：

- 向您的牙醫師和加州醫療補助提供正確資訊
- 瞭解您的牙齒問題並儘量與您的牙醫師合作制定治療目標
- 在獲得服務時隨時出示您的受益人身份證
- 詢問有關任何牙齒狀況的問題，並確保您理解說明和指示
- 進行牙科保健約診並準時抵達。如必須取消約診，您應至少提前二十四（24）小時通知您的牙醫師

- 及時提供有關地址、家庭狀況和其他衛生保健承保範圍變更的資訊，幫助 Denti-Cal 保有準確的最新病歷
- 如果牙醫師向您收取的費用有誤或者您要提出投訴，請儘快通知 Denti-Cal
- 尊重和禮遇所有 Denti-Cal 工作人員和牙醫師

我們重視您的隱私

本節說明如何取得關於醫療資訊使用與揭露方式的資訊。也說明您可如何取得您的資訊。

隱私權說明

衛生保健服務部門郵寄給您一份隱私權說明，作為您的加州醫療補助新會員資料包的一部份。您也可以在線取得副本，請造訪 <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>。本通知說明您的隱私權和關於健康資訊的選擇。

我可以如何得知 **Denti-Cal** 持有哪些關於我的受保護健康資訊？

您有權申請查看 **Denti-Cal** 維護於記錄中您的受保護健康資訊。您也有權要求取得這些副本。針對複製記錄與郵寄的郵資，您可能會被收費。您將在我們收到您的申請後 30 天內收到回覆。

您將必須寄給我們您的加州駕駛執照、DMV 身份證或任何其他可證明您身份的證件影本。您也必須寄送文件驗證您的地址。

您可致電 TSC 索取表格或上網填妥並列印表格：

1. 請前往 <https://www.denti-cal.ca.gov/>。
2. 點擊網頁頂端的**受益人標籤**。
3. 點擊 **Denti-Cal**（按診療收費）。
4. 點擊**表格**。
5. 選擇表格以向 **Denti-Cal** 調閱個人健康資訊。

請將填妥的表格連同您的身份證明寄至：

Correspondence Specialist
c/o Delta Dental of California
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539
1-800-322-6384

注意：任何試圖不當獲得受保護健康資訊的嘗試都會受到法律懲罰。

Denti-Cal 致力於保障您提供給我們的資訊。為了預防未經授權的存取或揭露、維護資料準確以及確保資訊的適當使用，Denti-Cal 採取適當的實體與管理程序，來保護我們所收集的資訊。